

азота на ткани послеоперационной раны позволяет рассматривать данный метод как альтернативу длительной антибактериальной терапии.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: 1) применение оксигенизированных лекарственных препаратов при первом этапе отсроченного хирургического лечения эпителиального копчикового хода на стадии абсцедирования является более эффективным, 2) при комплексном лечении эпителиального копчикового хода на стадии абсцедирования применение оксигенизированных лекарственных препаратов, экзогенного оксида азота в сочетании с региональной лимфатической терапией позволяет оптимизировать результаты отсроченного радикального оперативного лечения данной группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекперов Э. Э., Коплатадзе А. М., Проценко В. М. Тактика и методы хирургического лечения острого нагноения, эпителиального копчикового хода // Актуальные проблемы колопроктологии : материалы Всерос. конф. (Иркутск, сентябрь 1999 г.). – Иркутск, 1999. – С. 81–82.
2. Ан В. К., Ривкин В. Л. Неотложная проктология // М.: Медицина. – 2003. – С. 51–56.
3. Богданов В. Л., Татьяначенко В. К. Наш опыт хирургического лечения острого воспаления эпителиального копчиково-

го хода // Материалы V научной сессии Ростовского государственного медицинского университета, посвященной 95-летию РостГМУ. – Ростов-на-Дону, 2010. – Т. 2. – С. 624–626.

4. Галашкоян К. М., Черкасов М. Ф., Старцев Ю. М., Черкасов Д. М. Комплексное лечение эпителиального копчикового хода с использованием вакуум-терапии // Альманах института им. А.В. Вишневского. – 2015. – № 2. – С. 1078–1079.

5. Дульцев А. А., Ривкин В. Л. Эпителиальный копчиковый ход // М.: Медицина. – 1988. – 126 с.

6. Жданов А. И., Коротких Н. Н., Брежнев С. Г. К методике хирургического лечения эпителиального копчикового хода // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – Т. 2. – С. 485.

7. Карташев А. А., Чарышкин А. Л., Ештушенко Е. Г. Способ хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом // Хирург. – М. – 2011. – № 1. – С. 3–5.

8. Федоров В. Д., Воробьев Г. И., Ривкин Л. М. Клиническая оперативная колопроктология // М.: Медицина. – 1994. – С. 401–408.

9. Azizi, R. Trends in surgical treatment of pilonidal sinus diseases: primary closure or flap? // R. Azizi, M. Alemrajabi. World J. Surg. 2012 Jul; 36(7):1713–4.

10. Al-Jaberi, T.M. Excision and simple primary closure of chronic pilonidal sinus / T.M. Al-Jaberi // Eur. J. Surg., 2001; 167: p. 133–135.

Поступила 23.11.2016

Е. В. ШИМЧЕНКО, Е. И. КЛЕЩЕНКО

НАРУШЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ИСХОДАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КUBGMU Минздрава Российской Федерации. Россия, 350063, Краснодар, ул. Седина 4; тел. 8 (918) 329-03-48; e-mail: ev2273@mail.ru

В статье представлены данные о нарушениях физического развития у детей с различными исходами перинатального поражения головного мозга. Дети, перенесшие неонатальную реанимацию, имели различные исходы в постнатальном развитии: неврологический дефицит – 43,7 %, минимальные мозговые дисфункции (функциональные расстройства) – 56,3 %. Нарушения физического развития выявлены у 58,2 % детей с неврологическим дефицитом и у 39,4 % детей с минимальными мозговыми дисфункциями ($p < 0,05$). У детей с неврологическим дефицитом определено преобладание дефицита массы тела ($p < 0,001$), а у детей с минимальными мозговыми дисфункциями отмечено преобладание избытка массы тела ($p < 0,05$). Анализ физического развития проводился с использованием метода сигмальных отклонений. Анализ психомоторного развития осуществлялся с использованием шкалы Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale (CAT/CLAMS).

Ключевые слова: дети, физическое развитие, неврологический дефицит, минимальная мозговая дисфункция.

Е. В. SHIMCHENKO, Е. И. KLESHENKO

PHYSICAL DEVELOPMENT DISORDERS OF CHILDREN WITH DIFFERENT OUTCOMES OF PERINATAL BRAIN LESIONS

Pediatrics chair with a course of a neonatology of FPK and PPS FGBOU VO to KUBGMU Minzdrava of Russian Federation. Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4; tel. 8 (918) 329-03-48; e-mail: ev2273@mail.ru

The article presents data on the physical development disorders of children with different outcomes of perinatal brain lesions. The children, gone through neonatal reanimation, have different outcomes during postnatal development, they are: neurological deficit – 43,7 %, minimum cerebral dysfunctions (functional disorders) – 56,3 %. Physical development disorders were found in 58,2 % of children with neurological deficit and in 39,4 % of children with minimum cerebral

dysfunctions ($p < 0,05$). The prevalence of underweight children was determined in children with neurological deficit ($p < 0,001$), and the prevalence of excess weight gain was noted in children with minimum cerebral dysfunctions ($p < 0,05$). Analysis of physical development was carried with using of the sigma deviations method. Analysis of psychomotor development was carried with using the Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale.

Keywords: children, physical development, neurological deficit, minimum cerebral dysfunction.

Введение

Физическое развитие является одним из основных показателей растущего организма ребенка. Каждый период развития ребенка определяется своими темпами физического роста, возрастными физиологическими и поведенческими реакциями [1]. Прирост показателей физического развития и поступательное приобретение детьми психомоторных навыков в соотношении с возрастом является безусловным критерием здоровья [9].

В связи с интенсивным развитием неонатальной реанимационной службы все большее место в структуре заболеваемости детей первых лет жизни занимают перинатальные поражения центральной нервной системы. Ведущее место в структуре заболеваний, приводящих к инвалидности, занимают психические расстройства, болезни нервной системы и органов чувств, до 60–70 % причин детской инвалидности связаны с перинатальной патологией [2].

Перинатальные поражения центральной нервной системы являются одной из основных причин нарушений соматического здоровья, отклонений физического и нервно-психического развития детей, как на первом году жизни, так и в последующие периоды детства [5]. Особую актуальность приобрели анализ физического развития и изучение определяющих его факторов у детей с перинатальным поражением головного мозга.

Цель исследования – изучить нарушения физического развития у детей с различными исходами перинатального поражения головного мозга.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Краснодара. В основную группу были включены 126 детей (срок гестации от 29 до 42 недель) с перинатальным поражением головного мозга, перенесших неонатальную реанимацию. Контрольную группу составили 36 детей (срок гестации 37–42 недели), не нуждавшихся в интенсивной терапии, выписанных домой из отделения для новорожденных краевого перинатального центра.

Анализ физического развития детей проводился с использованием параметрического метода сигмальных отклонений. Для оценки физического развития использовались сигмальные таблицы, разработанные на основе средних статистических показателей основных параметров физического развития в зависимости от возраста и половой принадлежности ребенка. При параметрическом

построении шкала включает среднюю арифметическую величину (M) и отклонения от нее, измеряемые величиной среднего квадратического отклонения (σ) [4, 7].

Анализ психомоторного развития осуществлялся с использованием шкалы КАТ/КЛАМС (CAT/CLAMS – The Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale), позволяющей отдельно оценить развитие макромоторики, формирование навыков решения наглядных задач КАТ и речевых задач КЛАМС [3, 9].

При обследовании недоношенных детей учитывалась поправка на скорректированный возраст. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Office Excel 2010, BIOSTAT. Уровень достоверности различий между средними и относительными величинами (p) определялся по критерию t Стьюдента [8].

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка физического развития в основной и контрольной группе проводилась у детей в возрасте 3, 6 месяцев и 1 года с использованием оценочных сигмальных таблиц физического развития детей первого года жизни Краснодарского края (1991 г.) [6]. В возрасте 3 и 6 месяцев у детей, перенесших неонатальную реанимацию, показатели длины тела, массы тела и окружности груди находились преимущественно в диапазоне величин ниже средних и низких величин, а показатели окружности головы – в диапазоне средних величин. В возрасте 1 года показатели массы тела и окружности груди у детей, перенесших критическое состояние в раннем неонатальном периоде, находились преимущественно в диапазоне величин ниже средних и низких величин, а показатели длины тела и окружности головы – в диапазоне средних величин. В контрольной группе все показатели физического развития у большинства детей находились в диапазоне средних величин.

Дисгармоничное развитие имели более половины детей основной группы. В возрасте 3 месяцев нарушение физического развития выявлено у 60,0 % детей, перенесших неонатальную реанимацию. К году у половины детей были определены отклонения в физическом развитии.

При дальнейшем исследовании в основной группе у 71 ребенка выявлены функциональные расстройства, соответствующие проявлениям минимальной мозговой дисфункции, у 55 детей – стойкий неврологический дефицит, проявившийся

детским церебральным параличом, симптоматической эпилепсией, нарушением психоречевого развития на фоне структурной патологии головного мозга (кистозная энцефаломалация, глиоз, атрофические изменения лобных, теменных, височных долей с расширением субарахноидального пространства, межполушарной щели).

Ретроспективно проведен анализ нарушений физического развития у детей в возрасте 1 года

сы тела находились преимущественно в диапазоне величин ниже средних и низких величин, показатели длины тела – в диапазоне средних величин, что способствовало выявлению дефицита массы тела в 1,5 раза чаще по сравнению с избытком массы тела.

Неврологический исход во многом определял дальнейшее физическое развитие ребенка: у детей с неврологическим дефицитом нарушения физического развития проявлялись преимуще-

Нарушения физического развития у детей исследуемых групп в возрасте года

Признак	Основная группа (n=126)		Контрольная группа (n=36), абс. число (%)
	Функциональные расстройства (n=71), абс. число (%)	Неврологический дефицит (n=55), абс. число (%)	
Дефицит массы тела	9 (12,7 %)	27 (49,1 %)**	3 (8,3 %)
Избыток массы тела	19 (26,8 %)	6 (10,9 %)	6 (16,7 %)
ВСЕГО	28 (39,4 %)	33 (60,0 %)*, **	9 (25,0 %)

Примечание: * $p < 0,05$ в сравнении с показателями детей с функциональными расстройствами;

** $p < 0,01$ в сравнении с показателями детей контрольной группы;

*** $p < 0,001$ в сравнении с показателями детей с функциональными расстройствами и контрольной группы.

при различных неврологических исходах. Результаты исследования представлены в таблице.

У детей со стойким неврологическим дефицитом дисгармоничное развитие выявлено в 60,0 % случаев, что достоверно чаще по сравнению с детьми, имеющими функциональные расстройства, – 39,4 % ($p < 0,05$) и детьми контрольной группы – 25,0 % ($p < 0,01$). Дефицит массы тела определен у 49,1 % детей со стойким неврологическим дефицитом, что превысило показатели детей с функциональными расстройствами на 36,4 % и показатели детей контрольной группы на 40,8 % ($p < 0,001$). В контрольной группе избыток массы тела выявлялся в 2 раза чаще, чем недостаток массы тела ($p > 0,05$). Анализируя полученные данные, следует отметить, что среди нарушений физического развития дефицит массы тела встречался достоверно чаще по сравнению с избытком массы у детей со стойким неврологическим дефицитом ($p < 0,001$). Избыток массы тела выявлялся достоверно чаще по сравнению с дефицитом массы тела у детей с функциональными расстройствами ($p < 0,05$).

Оценка психомоторного развития по шкале КАТ/КЛАМС проводилась у детей в возрасте 1 года. В результате исследования у детей с неврологическим дефицитом выявлено отставание в моторном, познавательном и речевом развитии, то есть снижение показателей по всем линиям развития. У детей с функциональными расстройствами преимущественно отмечалось отставание в речевом развитии. В контрольной группе по всем линиям развития значения показателей превышали 80,0 %, что соответствовало нормальному уровню развития детей.

Таким образом, у детей, перенесших неонатальную реанимацию, в возрасте 1 года показатели мас-

свенно дефицитом массы тела, а у детей с минимальной мозговой дисфункцией – избытком массы тела. В связи с этим улучшить физическое развитие детей с перинатальным поражением головного мозга возможно при своевременной диагностике и лечении неврологических нарушений, учете особенностей вскармливания детей с проявившимся неврологическим дефицитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: НЦЗД РАМН. – 2008. – 216 с.
2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. – М.: издательство Триада-Х. – 2001. – 638 с.
3. Виленская Г.А. Психолог у детской кровати // Психологическое обозрение. – 2001. – № 2. – С. 5–12.
4. Воронцов И. М., Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней. – СПб.: Фолиант. – 2009. – 1008 с.
5. Особенности заболеваемости и физического развития детей раннего возраста с перинатальными поражениями ЦНС в зависимости от уровня нервно-психического развития / О.М. Филькина, Л.А. Пыхтина, Т.Г. Шанина и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2010. – № 3. – С. 19–22.
6. Оценочные таблицы физического развития детей первого года жизни Краснодарского края: методические рекомендации для педиатров / Под ред. Л. А. Никулина. – Краснодар. – 1991. – 140 с.
7. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка: краткий справочник. – СПб.: ГИМА, 2000. – 197с.
8. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета программ Statistica. – М.: Медиасфера. – 2006. – 312с.
9. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. Особенности психомоторного развития глубоководноношенных детей // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – № 6. – С. 84–90.

Поступила 22.12.2016